



KÓRHÁZI-KLINIKAI GYÓGYSZERÉSZETI SZAKMAI KOLLÉGIUM

4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.
Tel: 52/255-645, Fax: 52/255-041

2010-04-20

Előzmények:

A „Kórházi-Klinikai Gyógyszerészeti Szakmai Kollégium” 2009. december 14-én tartott ülésén döntött úgy, hogy a kollégium **szakmai ajánlást** dolgoz ki – nemzetközi ajánlások és hazai tapasztalatok alapján – a kórházi gyógyszerellátás kiszervezésének megítélését, döntéselőkészítést szolgáló szempontrendszer kidolgozására.

Előterjesztés címe:

„Intézeti, kórházi gyógyszerellátás kiszervezése kapcsán az intézményi döntéselőkészítés megalapozottságát támogató szempontrendszer”

[verzió szám: KKGYSZK_001_2010]

I. Bevezetés, indoklás

Az egészségügyi intézményekben az új finanszírozási rendszer bevezetése óta megindult növekvő adósságállománya arra mutatott rá, hogy a gyógyító-megelőző ellátást nyújtó rendszerek működőképességének fenntartásához mind a működés, mind a fejlesztések terén többletforrásokra van/lesz szükség. A magántőke bevonása – részlegesen – a „kórházüzem” területére lehetővé vált. Ezt a folyamatot a magánvállalkozások és a magántőke beáramlását a közvélemény és gyakran a szakma is privatizációnak nevezi. Jóllehet a szó klasszikus értelmezésében privatizációról az egészségügyben nem is beszélhetünk, mivel nem jellemző az állami/önkormányzati vagyon értékesítése. **Legnagyobb probléma** ezzel kapcsolatban, hogy a kormányprogramok és az azokra épülő intézkedési tervek, cselekvési programok **nem határozták meg a magánszolgáltatók egészségügybe való bevonásának célját, szerepét, a szektorsemlegesség tartalmát, szakmai és területi megoszlását, ezzel összefüggésben az ellátó rendszer struktúra-átalakítását.**

A területet ismerő szakemberek közül sokan azon a véleményen vannak, hogy az ajánlatokban szereplő előnyök eléréséhez nem kell feltétlenül egy külső harmadik személy befektetőként (mivel különböző „trükkös” utakon, de inkább előbb, mint utóbb az intézményt terhelik ennek költségei, ráadásul jóval nagyobb összeggel). A **külső forrás fedezetét valószínűleg itt is hitel szolgáltatja**, aminek törlesztő részleteit magával a tevékenységgel/intézménnyel igyekeznek kitermeltetni. Kiemelik, hogy a legtöbb ilyen konstrukció semmi olyat nem tartalmaz, aminek megvalósítását kizárólag a kiválasztott társaság tudná véghezvinni. Arról sincsenek meggyőződve, hogy az ígért - de nem részletezett- „sok-sok előnyt” kizárólag akkor lehet elérni, ha a tevékenység ellátására külsősként és harmadik „gyógyszerellátó szereplőként” kapcsolódnak a gyógyintézethez. Ezt igaznak vélik a **kórház és beszállítói közé beékelte „át- és rászámoló” közvetítő cégekre** is (ún. „beszerzést optimalizáló cég”, melyek működésének hiteles, tényadatokon alapuló igazolása továbbra is várat magára).

Ha már kiszervezésről van szó, úgy vélik, hogy az **intézmény részéről a célok világos megfogalmazása** - ez alatt a valós célokat értve - a leglényegesebb (és legérzékenyebb) kérdés. Ismert olyan jogász vélekedés is, hogy a gyógyszerellátás kiszervezésének alapjaként megjelölt jogszabályba beleérteni a kiszervezés lehetőségét több mint „kreatív jogértelmezés”. Ma a működtető „önálló” működési engedélyének az alapját 2006. évi XCVIII.tv. 51.§ - a teremti meg. Több szakértő is kiemeli ugyanakkor, hogy a kiszervezés lehetőségét - más jogszabályok fogalmi rendszere alapján nem látják ennyire egyértelműnek. Nem látják igazolva - egyebek mellett - azt, hogy az intézeti gyógyszerellátás mennyiben önálló egészségügyi közszolgáltatás. Tovább erősíti ezt a vélekedést – vélik ezek a szakértők –, hogy az **intézeti gyógyszerterápiát a törvény a gyógyintézet részeként kezeli**; a főgyógyszerész, aki az intézeti gyógyszerterápiát vezeti, a gyógyintézettel állhat munkavégzésre irányuló jogviszonyban.

A magánszolgáltatók kezdeményezéseit az egészségügyben a mai napig gyanakvás, nem egyszer félreértés veszi körül, mert még mindig nagy a távolság a közalkalmazotti gondolkodás és a piaci magatartás között. Általánosságban elmondható, hogy nincsenek még kitaposott ösvények a kórházi menedzsment számára, melyet követve sikeresnek könyvelhetnek el egy kiszervezésre kiírt közbeszerzési pályázatot. Mindezek következtében ez a spontán folyamat az egészségügyi szakellátásban ma is így zajlik.

Számos rossz példa ismert, amelyek általánosan hatottak az egész ágazatban (hibás szerződések, emberi tényezők, az aktuálpolitika érdekei, rosszul értelmezett tulajdonosi magatartás, egyes szolgáltatók hozaméhsége stb.), és ami természetesen általánosságban negatív képet fest az outsourcing-ról. Az **Állami Számvevőszék is aggályosnak tartotta már 2006-ban** a HospInvest Zrt. privatizációs modelljét, melynek lényege, hogy a hitel visszafizetésének, a készpénzfizető kezességnek is az egészségbiztosítási bevétel a forrása. Vagyis a fejlesztéseket elvonják a tb-től működtetésre (gyógyszerre, bérekre, élelmezésre) kapott összegből (ÁSZ, 2006). Ez a vélekedés éppen a 2009-es ismert hazai kórházi történések tükrében igazolva látszik.

Az egészségügyben a legelterjedtebb úgynevezett privatizációs megoldás a kiszervezés, vagyis outsourcing. **Az outsourcing lényege**, hogy *„egy vállalat a saját rendszerének tevékenységét (nem egyszer a korábbi üzemeltető személyzettel együtt) teljes felelősségű üzemeltetésre átadja egy másik, erre specializálódott cégnek. Az elvárt szolgáltatási szintet, minőséget és egyéb feltételeket szolgáltatási szerződésben rögzítik. Nem megfelelő szolgáltatás, illetve rendelkezésre állás esetén a szolgáltatót kártérítési kötelezettség terheli. Az outsourcing az üzleti stratégiához illeszkedő, jól átgondolt felsővezetői döntések mentén valósulhat meg. Mivel egy outsourcing szerződés általában 5-10 évre szól, ezért eredménye hosszú távon meghatározza egy cég működését, versenyképességét”*.

Az intézeti gyógyszerterek esetében ez a módszer leginkább a tengerentúlon és hazánkban jellemző. Egy, az **USA**-ban készült felmérés (340 kórház kérdőíves megkeresése) szerint a kórházak 14,8%-a adta működtetésbe gyógyszertereit 1999-ig. Ez a szám nem tekinthető magasnak. Figyelemre méltó, hogy az 1999 utáni helyzetről nincs tudományos folyóiratban megjelentetett adat, a „jelenség” mintha „kimúlt” volna! A kórházi/klinikai gyógyszerészeti **európai szervezet** (European Association of Hospital Pharmacists) öt évente végez teljeskörű kórházi gyógyszerfelhasználásra és gyógyszerészeti szolgáltatásra kiterjedő adatgyűjtést. A 2000. évi adatgyűjtéshez 16 ország 733 kórháza csatlakozott. A 2005. évi adatgyűjtéshez 22 ország 801 kórháza csatlakozott. Magyarországról 61 kórház szolgáltatott ekkor adatot. Figyelmeztető jel, hogy a több, mint 120 szempont szerint felmért és összegzett adatok között a „kiszervezett kórházi gyógyszerter” nem szerepel.

A kórházi gyógyszerészet jövőjét tárgyaló **gyógyszerészeti világszervezet** (International Pharmaceutical Federation) baseli kongresszusán 2009-ben egy átfogó nyilatkozatot, cselekvési tervet fogalmazott meg (The Basel Statements on the future of hospital pharmacy), melyben lefektette a kórházi gyógyszerészet, gyógyszerellátás alapelveit. Ezeket irányadónak kell tekinteni egy hosszabb időtávra is döntő befolyást jelentő „új” intézményi gyógyszerészeti, gyógyszerellátási konstrukció bevezetésekor.

Általánosságban megállapítható a hazai **magánbefektetők egészségügyi ellátásba való bevonásáról, hogy akkor lehet sikeres, ha az a betegellátás javulását eredményezi.** A költségvetési egészségügyi intézmények ugyanakkor a „piaci viszonyok” miatt **kénytelenek magas vállalkozási díjak kifizetésére**, mert önmaguk és a tulajdonos önkormányzatok/állami intézmények sem képesek lépést tartani az orvostechnikai fejlődéssel. Igaz, hogy a kiszervezés nem érinti az ingatlanok tulajdonjogát, de megtartásukra nem jelent garanciát az, hogy az ingatlanvagyon az állami/önkormányzati tulajdonban marad, mert megfelelő szerződési feltételek hiányában szerződésbontáskor, vagy a szerződés lejártakor a beruházások, fejlesztések értékének megtérítési kötelezettsége azt kérdésessé teszi. Az ingatlanvagyon elajándékozása pedig veszélyezteti az egészségügyi ellátás biztosítását az átalakult, illetve működtetésbe adott intézményeknél.

II. Szempontrendszer, követelmények kialakítása

Mint utaltunk rá, a kiszervezés alatt egy olyan megállapodást értünk, melynek keretében az egészségügyi intézmény egy külső vállalkozással köt szerződést. A megállapodás keretében az intézmény egy szerződést tárgyal végig egy vállalkozással, hogy hozzájusson annak szakismereteihez, technológiájához és erőforrásaihoz, azaz alapfeltétel, hogy ilyennel annak rendelkeznie kell.

A nemzetközi szervezetek és a hatályos hazai jogszabály alapján **az intézmény gyógyszerészeti felelős vezetője köteles viselni a teljes felelősséget a betegellátás színvonalas, jó minőségű gyógyszerellátásáért; függetlenül attól, hogy azt a kórház/intézmény, vagy a vállalkozó alkalmazottai nyújtják.** Ezt a felelősségi kikötést kifejezetten ajánlott rögzíteni minden kiszervezési szerződésben.

Alapkövetelmény (lenne), hogy a **gyógyszerészeti szolgáltatásokat kiszervezni szándékozó egészségügyi intézménynek világosan tudnia kell, hogy valójában mit is akarnak ezzel elérni!**

A „kiszervezési” koncepciónak **ki kell terjednie** legalább:

- (1.) **a belső intézményi (klinikai) igények felmérésére**
- (2.) **egy költségelemzésre, valamint**
- (3.) **a lehetséges vállalkozók (!) alapos mérlegelésére**
- (4.) **az intézménynek vizsgálnia/mérlegelnie kell a kiszervezés lehetséges hosszú távú következményeit, hasonlóan azok rövid távon jelentkező eredményeihez.**

Ez az anyag alapvető információkat, követelményeket kíván adni az intézmény döntéshozói által elvégzett **stratégiai tervezéshez**; a **szerződéses feltételek kidolgozásához**, a **szóba jöhető vállalkozók összevetéséhez**, a **szerződéses tárgyalások előkészítéséhez**, vagy a **vállalkozó szerződés teljesítésének a megítéléséhez**.

Az összeállítás számbaveszi a kiszervezés mellett szóló érveket, de az ellene szólókat is. Az egészségügyi intézmények részére kiemelten ajánlott -a nemzetközi szakmai ajánlások figyelembevételével-, hogy ismerjék ezen elvek/ajánlások lényegét, majd a gyógyszerészeti és az intézményi vezetők szakmailag mérlegeljék is azt, hogy mennyiben alkalmazható mindez az ő igényeik és körülményeik figyelembevétele mellett.

Cél, hogy az alapos és gondos mérlegelést elvégző egészségügyi intézmények/kórházak eldönthessék, hogy az igényeik, elvárásaik szempontjából jó megoldás-e a kiszervezés vagy nem.

Milyen megfontolások alapján szervezhetik ki az egészségügyi intézmények a gyógyszerészeti szolgáltatásokat?

Az intézmények a nemzetközi gyakorlat szerint akkor hajlanak a gyógyszerészeti szolgáltatások kiszervezésére, ha **alaposan mérlegelték**, hogy **megfelel-e a kapacitásuk** a kívánt színvonalú és elvárt gyógyszerellátási szolgáltatások saját elvégzésére, vagy ha kiderül, hogy **nem tudják saját erőforrásaikkal** a szolgáltatások nyújtását biztosítani, illetve ha – erre is van példa – valamely **szaktanácsadó** hatott rájuk.

Milyen megfontolások alapján nem szervezik ki az egészségügyi intézmények a gyógyszerészeti szolgáltatásokat?

Egy intézmény akkor dönt a **saját gyógyszerészeti szolgáltatások továbbfolytatása mellett**, ha úgy látja, hogy a gyógyszerészeti szolgáltatások irányítása/bonyolítása **jól működik**, és hogy azok **hatékonyan vagy még jobban** kerülnek elvégzésre, mint egy esetleges vállalkozó által.

Aggályok vannak amiatt, hogy

1. A gyógyszerészeti szolgáltatások kiszervezésére hozott döntést csak nagyon nagy nehézségek árán lehet visszavonni, rendezni.
2. Az intézmény úgy véli, hogy változtatásokra nincs szükség, mivel az igényeit jelenleg is már költséghatékonyan tudja kielégíteni.
3. A gyógyszerészeti szolgáltatásokkal kapcsolatos döntések terén az intézmény ráhatása rövid- és hosszú távon nem érvényesülhet.
4. A gyógyszerészeti vezetés félelme attól, hogy kevésbé fogják bevonni őket a intézmény egészét érintő tervezésbe.
5. A gyógyszerészeti dolgozók és az egyéb egészségügyi személyzet között a kapcsolati viszony alapvetően megváltozik, ill. leromlik, amennyiben a helyzet mérlegelése azt mutatja, hogy a kiszervezés inkább növelné, semmint csökkentené a költségeket, azaz megnöveli a betegellátás költségeit.
6. Az intézmény nem fogja tudni visszaállítani a gyógyszerészeti szolgáltatásokat, amennyiben a kiszervezés nem válna be.
7. A kiszervezési vállalkozó és a intézmény (klinikák, osztályok) érdekütközései és elsőbbségi elvárásai a minőség csökkenéséhez vezetnek.
8. Csökkenhet a klinikai, gyógyító munka minősége, mert a gyógyszerészeti szakszemélyzet fluktuációja fokozódik, ugyanakkor a kapcsolatok, együttműködés az orvosi és ápolási személyzettel romlik.
9. A kiszervezés folytán az összes helyi/intézeti gyógyító tevékenység és eredményesség kapcsán elmosódik, illetve lecsökken az intézetben működő gyógyszerészek szakmai tekintélye, valamint felelősségi részesedése.

III. A kiszervezés folyamata

Alapvető, hogy az egészségügyi intézmény az **igényeit, elvárásait és képességeit** egy **belső vizsgálat** keretében elvégzett felmérést követően (ezt az értékelést gondosan dokumentálva és archiválva, sőt akár nyilvánossá is téve) forduljon a **jóhírű és**

tapasztalt vállalkozókhoz! Gondos eljárásnak ezen a területen az számít, ha **a lehetséges vállalkozókat egy ajánlatkérési felhívással keresik meg.** Ennek alapvető tartalmi jellemzői:

1. Az intézmény leírása (hatályos szakmai rendelet szerint –jelenleg a 41/2007. (IX. 19.) EüM rendelet- az intézeti gyógyszerár pontos leírása, a rendelet mellékletei szerint is, úgymint az ellátott szakfeladatok rögzítése, személyi és tárgyi feltételek megadása).
2. Az intézmény pénzügyi helyzete (például az aktuális mérleg és a könyvvizsgáló által elfogadott pénzügyi beszámoló, a gyógyszerészeti terület pénzügyi helyzete, gyógyszer szállítókkal szemben fennálló tartozások/követelések).
3. Annak az eljárási folyamatnak a leírása, amely szerint az intézmény a vállalkozót kiválasztja.
4. Az intézmény szolgáltatások vásárlására vonatkozó általános szerződési feltételei.
5. Az intézményen belül azon személyek neve és telefonszáma, akik részt vesznek a kiszervezési döntések meghozatalában.
6. A vállalkozótól elvárt konkrét kiszervezendő szolgáltatások leírása (például gyógyszerészeti munkahelyek/munkakörnyezet megtervezése, keverékinfúziók készítése, automatizált gyógyszerészeti rendszer bevezetése), valamint a teljesítmény-értékelés kritériuma illetve a célok megnevezése.
7. Az ajánlattevőtől elvárt –esetleges- beruházások, fejlesztések megadása, elvárt határidők megadásával.
8. Az összes olyan díjazások és költségek megnevezése, amelyek a szerződés alapján leszámításra kerülhetnek.
9. Időpont(ok) kitűzése, amikor a vállalkozó megtekintheti a létesítményt és a gyógyszerészeti részleget.
10. Nyilatkozzon az ajánlattevő a működéshez szükséges szak és kiegészítő személyzetről (végzettségszerinti összetétel és létszám) az átvételkor és a fejlesztéseit követően.
11. Határozza meg az ajánlattevő a rabattok, ingyenes gyógyszeradományok elfogadási és átadási protokollját.
12. Az ajánlattevő ismertesse azt, hogy milyen módon kívánja biztosítani a beteg és gyógyszerbiztonságot.
13. Az ajánlattevő ismertesse azt, hogy milyen módon kíván együttműködni a gyógyszerellátást irányító intézeti, kórházi, klinikai bizottságokkal (pl. Gyógyszerterápiás Bizottság, Infektológiai Bizottság, Higiénés Bizottság, stb.).

14. Nyilatkozzon az ajánlattevő arról, hogy milyen elvek mentén és gyakorisággal kívánja megoldani a gyógyszerészeti konzultációkat, a napi onkológiai, táplálási, fertőtlenítési, sebkezelési stb. területeken.
15. Ismertesse az ajánlattevő, hogy milyen módon kíván részt venni a humán klinikai kutatásokban, milyen gyógyszerészeti feladatok lát el ezzel kapcsolatban, és hogyan (dokumentáció, adminisztráció, stb.).
16. Az ajánlat elvárt példányszáma.
17. Annak a személynek a neve és címe, akinek a részére az ajánlatot át kell adni.
18. Az ajánlat benyújtásának elfogadható módozatai.
19. Nyilatkozat arról, hogy az intézmény fenntartja a jogot a szolgáltatás-beszerzés törlésére és arra, hogy bármelyik, vagy az összes ajánlatot visszautasítsa.
20. Az ajánlatok benyújtási határideje, dátum és időpont megadásával.
21. Annak a dátumnak a közlése, amikor a vállalkozónak el kell indítania a szolgáltatásokat.
22. Annak a dátumnak a közlése, amikor a kiválasztott vállalkozónak be kell mutatnia egy írásos szerződést.
23. Az ajánlattal szemben támasztott egyéb követelmények, továbbá legyen aláírva azon cég tisztségviselője által, aki jogosult a szerződés megkötésére.

IV. Az ajánlatok tartalmi jellemzői

A vállalkozókat általában az alábbi információk közlésére kéri -legalábbis gondos, színvonalas lebonyolítás esetén- ajánlatuk kapcsán:

1. A vállalkozó eddigi működésének a rövid leírása, beleértve a cég alapelveit, küldetési jellemzőit.
2. A vállalkozó azon irodáinak és egyéb telephelyeinek megnevezését, amelyek szolgáltatásokat nyújtanának az intézmény/klinikák részére.
3. A szolgáltatásokat majdan nyújtó személyek neve, címe, telefonszáma, valamint szakmai életrajza, illetve a rájuk vonatkozó háttérinformációk közlése.
4. Annak bemutatása, hogy a vállalkozó képes olyan szakképzett személyeket foglalkoztatni, akik rendelkeznek, vagy elvárhatóan rendelkezni fognak állami és helyi hatósági engedélyekkel, valamint hogy korábban milyen változások voltak az irányítási, a gyógyszerészeti és a segítő szakállományban.
5. Annak igazolása, hogy a vállalkozó rendelkezik szakmai felelősségbiztosítással, általános felelősségbiztosítással, valamint alkalmazotti kártérítési biztosítással (beleértve a biztosító társaság nevét, címét és telefonszámát is), továbbá annak

felsorolása, hogy milyen igényekkel léptek fel eddig a vállalkozóval szemben. Adja meg, és igazolja a biztosítás összegét egy eseményre és egy évre.

6. A minimális szakmai tapasztalatokra vonatkozó követelmények megadása (például hány év tapasztalattal rendelkeznek a kiszervezendő gyógyszerészeti irányítási/bonyolítási szolgáltatások terén, összesen hány ügyfél részére végezték a szolgáltatásokat és milyen eredménnyel, partner-megelégedettséggel, jelenleg hány ügyfél részére szolgáltatnak).
7. Az elvart –esetleges- beruházások, fejlesztések megvalósítására vonatkozó vállalkozói elképzelések, ajánlatok bemutatása.
8. Azon szolgáltatások megnevezése, melyeket a vállalkozó képes nyújtani.
9. Azon szolgáltatások megnevezése, melyeket a vállalkozó nem képes nyújtani és annak leírása, hogy a vállalkozó miért nem képes ezek nyújtására.
10. Annak bizonyítása, hogy a vállalkozó és annak szakszemélyzete rendelkezik azokkal a képzettségekkel és tapasztalatokkal (beleértve ennek jellegét és mértékét is), amelyek szükségesek a vállalkozó által nyújtani kívánt szolgáltatások terén (például gyógyszerészeti gondozás, speciális klinikai gyakorlat, enterális és parenterális tápoldatok készítése, stb.).
11. Az összes olyan díjazás és költség tartalmazza-e, amelyek a szerződés alapján leszámításra kerülnének, valamint ezek számítási módjának részletes leírását megadták-e.
12. Azon jelentések leírása, amelyek elkészítését/átadását a vállalkozótól el fogja várni az intézmény.
13. A vállalkozó pénzügyi helyzetére és stabilitására vonatkozó információk (például mérlegek és a könyvvizsgáló által elfogadott pénzügyi beszámolók az elmúlt 3 évre visszamenőleg, banki referenciák, a főbb cégtulajdonosok listája).
14. A hasonló szolgáltatásokban részesülő jelenlegi ügyfelek/partnerek neve, címe és telefonszáma.
15. Az elmúlt két évben szolgáltatásokkal ellátott más üzleti partnerek neve, címe és telefonszáma, valamint minden egyes szolgáltatás beszüntetési okának a leírása, ha volt ilyen.
16. Hasonló méretű és hasonló tevékenységi körrel/feladatokkal rendelkező ügyfeleiktől származó referenciák és másolatok az éves teljesítményt értékelő jelentésekről.

V. Az ajánlatok kiértékelése

A gyógyszerészeti szolgáltatások kiszervezésére vonatkozó **döntésnek széles együttműködésen kell alapulnia**, amibe be kell vonni – értelemszerűen – például a

közvetlen kinevezett **szakmai és pénzügyi vezetés** mellett, a **gyógyszerterápiás bizottság** **mindenkori elnökét**, az **ápolási igazgatót**, a **gyógyszerészeti terület vezetőjét**, a **klinikák / osztályok orvosvezetőit**.

Az ajánlatok **kiértékelésekor** az intézménynek alaposan vizsgálnia kell az alábbi tényezőket:

1. Milyen szolgáltatásokat ajánlottak meg az igényeltékhez képest (beleértve, hogy mennyire képes a vállalkozó a jelenlegi szolgáltatások felfuttatására)?
2. Milyen a szakmai tapasztalatok szintje?
3. Pénzügyi stabilitás (például mennyire képes a vállalkozó az átállási/kezdési kiadások átvállalására, és az erőforrásainak a szükséges átálláshoz történő lekötésére)?
4. Referenciák és vállalati jóhír (például vannak-e ügyfél-megelégedettséget tükröző jelentések, milyen a vállalkozó híre az egészségügyi ágazatban, mennyire elkötelezett a vállalkozó a betegellátás javítása iránt)?
5. Technológiai szint, illetve automatizált gyógyszerészeti rendszerek (például rendelkezik-e modern hardverrel, saját fejlesztésű szoftverekkel, képes-e problémamentesen kapcsolódni az intézmény informatikai rendszereihez)?
6. Oktatás és képzés (például léteznek-e belső és külső folyamatos képzési programjai, nyújt-e képzési kedvezményeket a szakmai és a műszaki személyzet részére)?
7. További minőségi jellemzők (például magasszintű-e a dolgozók munkaerőköltsége, milyen a titoktartás, a kreativitás, hajlandóak-e úgy a kockázatokból, mint az eredményekből is kivenni a részüket)?
8. A szolgáltatások költség szempontjai (például költség hatékonyság, van-e képesség az ún. „lépték hatékonyság” kiaknázására)?
9. Az intézmény kötelessége, hogy mindegyik ajánlathoz hozzárendeljen egy értékelési rangszámot. A rangszám megfelelő részarányban vegye figyelembe a szakmai szolgáltatások szintjét, a tapasztalatok és referenciák szintjét, valamint a szolgáltatások költség szintjét. Az intézmény azt a döntését, hogy kiszervez bizonyos gyógyszerészeti szolgáltatásokat, arra az értékelési helyzetre alapozva hozza meg, amely mutatja, hogy a vállalkozó képes az intézmény/klinikák igényeinek/elvárásainak kielégítésére és a szerződés kikötéseinek a teljesítésére.
10. A megelőző tárgyév során intézmény által beszerzett gyógyszerek teljes költsége hogyan viszonyul az új ajánlat szerint ígért bekerülési értékhez? Azaz az összetételben és mennyiségben (pl. DDD, DOT) is kifejezett teljes intézményi

gyógyszerigény objektív bekerülési érték összehasonlítását mindenkor meg kell adni („fogyasztói kosaras” összehasonlító értékelés).

VI. Szerződéses rendelkezések, a vállalkozói teljesítmény értékelése

A szerződésnek tartalmaznia kell a **kiszervezési megoldással kapcsolatos rendelkezéseket**. Ebben világosan legyenek megfogalmazva az intézmény/kórház és a vállalkozó közötti **felelősségmegosztás** területei. Ezek a rendelkezések eltérőek lehetnek, hisz függenek a kiszervezésre kerülő szolgáltatások jellegétől és mértékétől. Emellett a felelősségi körök elhatárolása is eltérő lehet. A szerződés rendelkezhet úgy, hogy az intézmény szerzi be az összes gyógyszert, de előfordulhat az is, hogy egy másik szerződésben ezt a felelősséget átruházzák a vállalkozóra.

A vállalkozói teljesítmény értékelésének pontos meghatározása a szerződés elengedhetetlen részét kell, hogy képezze.

Ajánlatos, ha az egészségügyi intézmények **kiértékelik és dokumentálják a vállalkozó partner teljesítményét** és felméri, hogy a vállalkozó megfelel-e a szerződéses rendelkezéseknek. Rendszeresen (például negyed- vagy félévenként vagy évente) kell végezni szubjektív és objektív kiértékeléseket. A kiértékelésnek ki kell terjednie az összes olyan mérhető teljesítmény-mutatóra, amelyről a szerződés rendelkezik. A kiértékelések terjedjenek ki több szakterületre is, és vegyék igénybe például az orvosi területek képviselőinek közreműködését is.

Előnyös, ha a **kiértékelés kiterjed** annak megítélésére is, hogy **mennyire megfelelően látta el a vállalkozó az alábbi funkciókat**:

1. Javított-e a betegellátás minőségén?
2. Igazodott-e az intézmény szükségleteihez?
3. Segített-e az intézményt abban, hogy az elérje pénzügyi és betegellátási célkitűzéseit?
4. Mérté/értékelte-e a gyógyszerészeti-részleg dolgozóinak a termelékenységét és teljesítményét?
5. Nyújtott-e folyamatos képzést a gyógyszerészeti részleg dolgozói részére?
6. Bevezetett-e gyógyszerészeti klinikai programokat és fejlesztett-e azokon?
7. Javított-e a gyógyszerészeti/gyógyszerellátási folyamatokon?
8. A betegellátás romlása nélkül sikerült-e csökkentenie, vagy kézbe tartania a gyógyszerészeti költségeket?

9. Hatékonyan tudott-e együttműködni és kommunikálni a kórház (klinikum) dolgozóival, és meg tudta-e oldani az osztályok (klinikák) közötti problémákat?
10. Hatékonyan vett-e részt az intézmény/kórház teljesítményfokozási programjában?

Irodalom:

1. Curtis F.R., Stai H.C., Contract pharmacy services. In: Brown TR, ed. Handbook of institutional pharmacy practice, 3rd ed. Bethesda, MD: American Society of Hospital Pharmacists; 1992:299–306.
2. Talley C.R., Outsourcing drug distribution. In: *Am J Health-Syst Pharm.* 1997; 54:37. Editorial
3. Schneider P.J., Outsourcing: a key to professional survival. In: *Am J Health-Syst Pharm.* 1997; 54:41–3.
4. Lazarus H.L., Outsourcing: a success story. In: *Am J Health-Syst Pharm.* 1997; 54:43–4.
5. Puckett W.H., Outsourcing: taking the first step. In: *Health-Syst Pharm.* 1997; 54:45–8.
6. Kolar G.R., Outsourcing: route to a new pharmacy practice model. In: *Am J Health-Syst Pharm.* 1997; 54:48–52.
7. Eckel F.M., Outsourcing: at odds with pharmacy's professional foundation. In: *Am J Health-Syst Pharm.* 1997; 54:52–5.
8. Gates D.M., Smolarek R.T., Stevenson J.G., Outsourcing the preparation of parenteral nutrient solutions. In: *Am J Health-Syst Pharm.* 1996; 53:2176–8.
9. Burruss R.A., Carroll N.V., Schraa C. et al., Outsourcing inpatient IV compounding: expense and medication error implications. In: *Pharm Pract Manage Q.* 1996; 16(3):52–9.
10. McAllister J.C., III. Collaborating with re-engineering consultants: maintaining resources for the future. In: *Am J Health-Syst Pharm.* 1995; 52:2676–80.
11. Anderson R.J., Clinical service contracts between hospital pharmacy departments and colleges of pharmacy. In: *Am J Hosp Pharm.* 1991; 48:1994–7.
12. Murphy J.E., Ward E.S., Job M.L., Implementing and maintaining a private pharmacokinetics practice. In: *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47:591–7.
13. Souhrada L., Contract management. In: *Hospitals.* 1990; 64(8):66–8.
14. Wagner M., Basic pitfalls can undermine hospital– service firm relationship. In: *Mod Healthc.* 1993; 23(8):32.
15. Wagner M., Contract-managed pharmacy departments are just the prescription at some hospitals. In: *Mod Healthc.* 1988; 18(8):36–40.
16. Tóth Noémi, Kórházi gazdaságos gyógyszerellátás megoldási lehetőségei, Szegedi Tudományegyetem, Gazdaságtudományi Kar, Szeged, 2009. május.
17. Krokóvay A., 2003: Gondolatok a privatizációról I. Hogyan jutunk el a döntésig? *IME* II(8), 18-23.
18. Kató G., Perényi L., Szepesi A., 2003: Kopogtat-e a befektető a kórházaink ajtaján? *Egészségügyi Menedzsment*, V(5), 40-45.
19. Hochla P. K. O., Tuason V. B., 1992: Pharmacy and Therapeutics Committee cost containment considerations. *Archives of Internal Medicine*, 152, 1773-1775.
20. Heves I., 2005: Outsourcing az egészségügyben. *IME* IV(9), 16-17.
21. Macintyre C. R., Sindhusake D., Rubin G. 2001: Modelling strategies for reducing pharmaceutical costs in hospital. *International Journal of Quality Health Care*, 13, 63-69.
22. Ess S. M., Schneeweiss S., Szucs T. D. 2003: European healthcare policies for controlling drug expenditure. *Pharmacoeconomics*, 21, 89-103.
23. ASHP Guidelines on Outsourcing Pharmaceutical Services, ASHP, 1988., 2002.
24. EAHP Survey 2005. (www.eahp.eu)
24. EAHP Survey 2000. (www.eahp.eu)
25. The Basel Statements on the future of hospital pharmacy, *Am. J Health Syst Pharm.*, 2009, 66, 561-6.
26. A magánszektor és a privatizáció szerepe az európai egészségügyi rendszerekben. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Bizottságának 2002. szeptember 16-19-i, 52. ülésére készült tanulmány (<http://www.euro.who.int/Document/RC52/edoc10.pdf>)